東京逓信病院　緩和ケア研修会　参加申込書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 病院名（施設） | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 診療科（部署） | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 役職 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 | | フリガナ | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | | 西暦 | |  | | | 年 |  | | 月 |  | | 日 | 性別 | | | 男 |  | | 女 |  |
| 医籍登録番号  医籍登録年 | | 第　　　　　　　　　　　　　　号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 臨床経験 | | 年 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 緩和ケア経験 | | 年 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| \*研修会終了後、氏名および病院名を東京都等の  　 ホームページで公開(緩和ケア研修会の修了者  　 名簿等)することについて､ご承諾いただけますか。 | | | | | | | | | | | | 可 | | | | 否 | |  | | | |
|  | | | |  | |
| 連絡先 | TEL | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| E-mail | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| お弁当利用の有無 | １１月２６日（土） | | | | |  | | | １１月２７日（日） | | | | | |  | | | |  | | |

**★氏名は修了証作成のデータとなりますので医籍登録されている氏名・字体で正確な漢字でご記入ください。**

**★性別の【男・女】、ホームページ公開の【可・否】の所は、該当箇所に○を入れて**

**ください。**

**★お弁当をご希望する方は、該当する日に○を入れてください。**

**お弁当は１日１，０００円です。２６日（土）受付時にお支払いください。**